Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 118 de 2015

# ASSE

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 10 de junio de 2015**

**(Sin corregir)**

| | |
|---|---|
| **PRESIDE:** | Señor Representante Luis Gallo Cantera. |
| **MIEMBROS:** | Señores Representantes Daniel Bianchi, Walter De León, Martín Lema Perreta y Egardo Mier. |
| **DELEGADO DE SECTOR:** | Señor Representante Juan Federico Ruiz. |
| **ASISTEN:** | Señores Representantes Gerardo Núñez, Berta Sanseverino, Mercedes Santalla, Gloria Rodríguez y Amin Niffouri. |
| **INVITADOS:** | Doctora Susana Muñiz (Presidente), doctor Mauricio Ardus (Vicepresidente), doctora Marlene Sica (Gerente General), contador Jorge Rodríguez Rienzi (Vocal) y doctor Horacio Porciúncula (Director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables). |
| **SECRETARIA:** | Señora Myriam Lima. |
| **PROSECRETARIA:** | Señora Viviana Calcagno. |

**SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.**

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir al Directorio de ASSE, integrado por la presidenta, doctora Susana Muñiz, el vicepresidente, doctor Mauricio Ardus, el vocal, contador Jorge Rodríguez Rienzi, la gerenta general, doctora Marlene Sica, el asesor letrado, doctor Martín Esposto, el director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, doctor Horacio Porciúncula, y el director de Relaciones Institucionales y Cooperación, doctor José Luis Varela.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Agradezco muchísimo la invitación.**

Vamos a presentar las líneas estratégicas que hemos desarrollado para el presente quinquenio, y sobre las cuales estamos trabajando actualmente con los gerentes.

Si bien en esta Comisión hay muchos que forman parte de los equipos de salud y, por lo tanto, conocen bien el tema, hay algunos que no, por lo cual nos parece importante destacar algunas líneas en tal sentido.

Muy brevemente, vamos a desarrollar algunos aspectos de diagnóstico de la institución que nos parece importante que conozcan todos los señores diputados, en cuanto a la visión, la misión, además de información que creemos les va a aportar muchos elementos con relación al número de usuarios, su distribución, nuestra red de servicios, la evolución del presupuesto, los indicadores asistenciales y las líneas estratégicas.

Vamos a iniciar -como cualquier organización- con la misión, y van a ver que esto lo desarrollamos.

Por los números podrán apreciar que somos el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una red de servicios en todo el territorio nacional que contribuye a mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios y lidera el cambio del modelo asistencial de acuerdo con los postulados del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Como visión, tenemos la de ser la organización referente en atención a la salud a nivel nacional que promueva una atención humanizada de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia.

En cuanto a la evolución total de usuarios que ha tenido ASSE, verán que a lo largo de los años prácticamente no se modifica. En el año 2007 teníamos 1.301.000, y hoy estamos en 1.297.000. Lo que se modifica es la cantidad de usuarios Fonasa. En la medida en que se van incorporando nuevos colectivos Fonasa, ASSE pasa de tener 1,4% de todos sus usuarios Fonasa a tener en la actualidad 32% de usuarios Fonasa.

En la imagen que se proyecta podrán ver que el número de usuarios prácticamente no cambia, pero sí la cantidad de usuarios Fonasa. Podemos decir que hoy ASSE es la institución prestadora que más socios Fonasa tiene en el país, obviamente porque también es la que está en todo el territorio nacional.

En esta otra imagen se puede apreciar prácticamente lo mismo. Se puede ver que la evolución de los usuarios Fonasa va aumentando a lo largo de los años, y en la siguiente imagen se muestra que están discriminados por región.

En el plan estratégico del quinquenio anterior la red de servicios fue regionalizada. Estas regiones no coinciden exactamente con las de la OPP por necesidades geográficas y posibilidades de acceso a los servicios de salud. Es así que en esta imagen se puede ver a la región norte en distintos tonos de verde, la región oeste aparece en color rosado, la región sur en color amarillo y la región este en azul. Pueden apreciar que el mayor porcentaje de usuarios de ASSE se encuentra en la región metropolitana. En realidad si los comparáramos con los usuarios en general del sistema nacional integrado de salud, ASSE concentra la mayor cantidad de usuarios en la región norte.

En cuanto a la red de servicios de ASSE, verán que es muy amplia. Tenemos 833 servicios de salud del primer nivel de atención, o sea, consultorios, policlínicas y centros de salud en todo el país. Prácticamente, en algunos lugares está la escuela y la policlínica de ASSE. Por otro lado, hay 43 hospitales, divididos entre hospitales generales de segundo nivel de atención, hospitales de tercer nivel de atención, hospitales de referencia nacional y también las colonias psiquiátricas y un hospital hogar que es el Piñeyro del Campo. La idea es trasladar la mayoría de los problemas de salud a las regiones de referencia, sin necesidad de remitir todo a Montevideo; obviamente, las patologías raras o aquellas que requieran determinados especialistas viajan a Montevideo, pero la idea es que estas regiones resuelvan cada vez más.

Las regiones, a su vez, están subdivididas. La región norte se divide en dos, litoral norte y otra más noreste; la región oeste, en centro -marcada en fucsia más oscuro- y litoral oeste, que abarca los departamentos de Río Negro, casi todo Soriano y Colonia; la región este, con una región costera, que comprende Rocha y Maldonado, y aquella que abarca Cerro Largo, Treinta y Tres y Lavalleja. En el caso de la región sur, hay un área metropolitana y una más rural, que linda con los departamentos de Florida, Lavalleja y San José.

Además de estas regionales existen dos direcciones que abarcan servicios especializados. Una de ellas es la Unidad de Especializados, que nuclea el Instituto de Traumatología, el Instituto de Reumatología, el Instituto

Nacional del Cáncer, la parte de ingeniería médica, es decir, el Banco de Sangre, y la Unidad de Compras y Adquisiciones.

La otra Dirección es la de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, cuyo director es el doctor Horacio Porciúncula, que hoy nos acompaña, que nuclea el Hospital Vilardebó y las colonias psiquiátricas, pero también la red de servicios de salud mental, sobre todo el primer nivel de atención y el desarrollo de los servicios de salud mental en general, como así también los servicios de las personas privadas de libertad -como se sabe, todos los privados de libertad son formalmente usuarios de ASSE- y también el servicio geriátrico del Hospital Geriátrico Piñeyro del Campo.

Cada región, a su vez, tiene un director y también los subregionales, en las áreas que correspondan, por lo que tienen contacto con las direcciones de las unidades ejecutoras y con los distintos inspectores.

Con relación a la infraestructura y equipamiento, nos pareció bien importante aportar algunas cifras. Como se muestra en la presentación, se está desarrollando el presupuesto correspondiente al período 2010-2014, tanto en obra como en equipamiento, pero también en vehículos, y seguramente a los señores legisladores frecuentemente le preguntan al respecto. En 2010 se empezó con una inversión de $ 104.000.000 en equipamiento y en 2014 fue de $ 205.000.000, con algunas fluctuaciones en el período. Las inversiones realizadas son muy importantes. En obras, prácticamente se duplicó la inversión, pasando de $ 363.000.000 a $ 664.000.000 a lo largo del quinquenio, con una mayor inversión en el año 2012. No hay que olvidar que, a veces, para instalar determinado equipamiento se requieren obras. Por eso, a veces la inversión se hace primero en obras y luego en equipamiento.

En cuanto a los vehículos, en el año 2010 la inversión era de $ 1.500.000, terminando en el año 2014 con $ 34.500.000. En la última columna pueden ver las cifras totales. La gráfica lo muestra mucho mejor. Aquí se ven los montos de inversiones por rubro. En azul, se pueden ver las inversiones y cómo van evolucionando a lo largo del período en inmuebles; en naranja, pueden ver el equipamiento y, en verde, los vehículos.

En cuanto a las ambulancias, ASSE tiene 352 ambulancias operativas en todo el país. Me parece importante destacarlo, porque sabemos que es uno de los reclamos más frecuentes que se hacen a los señores diputados sobre la prestadora de servicios de salud que tiene mayor cantidad de ambulancias por cápita. También es cierto que es el prestador más grande -cuatro de cada diez uruguayos son usuarios de ASSE- pero, de todas formas, muchos medios rurales plantean la necesidad de una ambulancia y se la exigen a ASSE cuando, en realidad, la mitad de los usuarios son de ASSE y la otra mitad son del prestador privado. Por esa razón, estamos trabajando en un Sistema Nacional Integrado de Salud para complementarnos también en ese sentido. Acá hay varios legisladores que son médicos y que trabajan, han trabajado o han dirigido instituciones de salud del interior y saben que hemos trabajado en esa línea en el último período. Lo cierto es que de estas 352 ambulancias, 128 han sido incorporadas en el quinquenio anterior, y vamos a seguir trabajando en esa línea.

Se plantea que las ambulancias están concentradas en la región sur. Los señores diputados podrán ver discriminado por regiones que, en realidad, se ha tenido una importante inversión y se ha priorizado, precisamente, el interior del país: 66 ambulancias están en la región sur -lo que es lógico, porque es una región más chica; 107 ambulancias de incorporaron en la región oeste; 93 en la región norte y 86 en la región este.

Siguiendo con la evolución del presupuesto, algunos ya han visto esta gráfica muchas veces y están un poco aburridos. Queremos recordar a todos que, previo a la reforma de la salud, el gasto por usuario, por año, en ASSE representaba prácticamente un tercio de lo que se gastaba en las mutualistas. Esa brecha ha ido disminuyendo. En 2013 era prácticamente de un 79% el gasto por usuario de lo que se invertía por usuario por año en las instituciones mutuales. Todavía hay una brecha pero, en realidad -esto lo tienen que saber- es un poco más grande si nosotros miramos algunas incorporaciones que hay en ASSE, que están por fuera de la canasta de prestaciones. La primera cuestión es que tenemos algunos servicios que no están incorporados en ese paquete de prestaciones obligatorias para todos aquellos servicios integrales de salud, por ejemplo, el servicio que se da a las personas privadas de libertad, el PPL -que decíamos que también está dirigido por el doctor Porciúncula- y pacientes judiciales en general. También está el servicio del Hospital Geriátrico Piñeyro del Campo y otros servicios geriátricos que los señores diputados saben que hay en el interior del país, varios administrados por ASSE y otros en una coparticipación con organizaciones civiles.

Asimismo, el Servicio Nacional de Sangre también está administrado por ASSE, así como también el servicio del Portal Amarillo y la Red de Atención a Usuarios con Consumo Problemático de Drogas. En el caso del Portal Amarillo, se trata de un servicio modelo, que está siendo mirado en el mundo y que tiene distintos servicios donde hay pacientes internados pero también pacientes que concurren a un centro diurno y distintas modalidades de atención.

También está la atención a personas en situación de calle. Tenemos un servicio que trabaja en forma conjunta con el Mides y la asistencia a las personas que están comprendidas en la Ley de Faltas, menores que asisten a reconocimiento a los servicios de salud y, por otro lado, las colonias psiquiátricas Colonia Etchepare y la Colonia Santín Carlos Rossi.

Además de esto, hay algunas cuestiones que plantea el Sindicato Médico del Uruguay y que los señores diputados deben saber. Los aportes al Banco de Previsión Social por parte de ASSE son bastante más importantes que los que se realizan en el sector privado. Por lo tanto, esa brecha de la que hablábamos hoy, en el presupuesto, en el gasto por usuario por año entre el sector público y el privado, no tiene en cuenta estos otros factores que nosotros sí los debemos tener presente a la hora de administrar los servicios.

Vayamos a los indicadores asistenciales. En cuanto a las consultas por usuario por año, en realidad elegimos una gráfica bastante prolongada en el tiempo, desde el año 2001, pero se puede observar que a partir de la reforma de la salud, desde el 2006 o 2007, crece en una forma importante la cantidad de consultas que se realizan por usuario por año y, de la misma forma, las intervenciones quirúrgicas. Si se fijan, podrán ver que hay una inflexión a partir del año 2007, y luego se tiende a estabilizar, aproximadamente, a partir del año 2011 o 2012. Pero seguramente esta gráfica está reflejando que había una importante demanda insatisfecha.

En cuanto a la evolución del número de camas de CTI de adultos en el período 2005-2014, prácticamente podemos decir que se duplica. Empezamos con 72 camas propias en el año 2005 -más allá de las que podamos contratar en servicios privados- y en el año 2014 terminamos con 133. Esto es para tener un diagnóstico muy somero de lo que es la institución y lo que se realizó en el quinquenio pasado. Obviamente, si algún señor diputado entiende que quiere algún informe más, estamos dispuestos a brindarlo.

Seguramente lo que concita la atención es saber hacia dónde va la institución. Contamos con un plan que, obviamente, implica continuar profundizando la reforma de la salud que se inició en el año 2007 o 2008. En tal sentido, hay algunas líneas que ASSE entiende fundamentales. A continuación las vamos a desarrollar. Son cuatro líneas importantes: continuar con el cambio en el modelo de atención; profundizar los aspectos que tienen que ver con la mejora en la calidad -la Convención Médica Nacional, sobre la que los distintos actores están enfatizando; también lo hizo el señor Ministro de Salud Pública hace pocos días en cuanto a todo el trabajo que se va a desarrollar en el período en lo que tiene que ver con la calidad asistencial-; aspectos que tienen que ver con infraestructura y equipamiento; y el fortalecimiento de los recursos humanos, que son lo más importante dentro de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En referencia al cambio en el modelo de atención, recuerdo a todos que el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene tres pilares: el cambio en el modelo de financiamiento, pasando a un seguro nacional, que es el Fonasa; el cambio en el modelo de gestión y el cambio en el modelo de atención. Acá, en realidad, lo único que debemos mencionar es el tema relativo a la ley. De alguna forma y pensando en que acá hay legisladores que son nuevos -algunos son trabajadores de la salud-, queremos recordarles que, previo a la reforma de la salud, teníamos un modelo que era fuertemente asistencialista. Por lo tanto, se centraba en la curación de la enfermedad. Por otro lado, había un modelo hospitalocéntrico, muy médico hegemónico.

¿Cuál es el modelo de atención que se propugna en este Sistema Nacional Integrado de Salud? En primer lugar, pasar de aquel enfoque centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud paga por metas y estas tienen que ver con incentivar a que las instituciones mantengan a su población en salud. Esto no quiere decir que no vayamos a tratar la enfermedad; todo lo contrario. Se paga a las instituciones por mantener en salud y por tener un abordaje integral, a lo largo de toda la vida, con un enfoque integral, que tiene que ver con acciones de promoción, protección y prevención, con el diagnóstico oportuno y con el tratamiento y la rehabilitación, llegando a los cuidados paliativos.

Ese modelo de atención que estaba muy centrado en las acciones del hospital, hoy se centra fundamentalmente en el desarrollo de esas acciones, con un enfoque comunitario, familiar, para mantener a esa población en salud. En él los hospitales son un pequeño episodio en la vida de las personas y cada vez

tendemos a que sea más pequeño. Por algo estamos trabajando cada vez más en cirugías ambulatorias, en el hospital de día; precisamente, para que las personas vuelvan a su comunidad, a su domicilio.

También abandonamos aquel modelo médico hegemónico

——aunque a los médicos nos cuesta un poco-, pasando a un enfoque de un equipo de atención integral a la salud, en el que están incorporadas otras profesiones.

En este sentido, ASSE es la institución que ha desarrollado más el cambio de modelo. En primer lugar, es la institución que tiene más médicos de medicina familiar y comunitaria. Esto es solo una parte. Los médicos de familia están a lo largo y ancho de todo el territorio nacional; el sistema privado está empezando a trabajar con ese enfoque. A medida que el Sistema Nacional Integrado de Salud marcha y se profundiza, cada vez más las instituciones públicas y privadas trabajan juntas. ASSE ha trabajando muchísimo en esto, con la Universidad de la República.

En cuanto a la calidad, hay aspectos muy instrumentales. Nos vamos a remitir a la concepción de calidad de Donabedian, autor clásico para quienes nos encargamos de la administración de los servicios de salud. Donabedian hablaba de tres categorías de la calidad: los aspectos técnicos y tecnológicos -son los que se ven reflejados aquí-, los aspectos que tienen que ver con el confort de las personas -esto se desarrolló en infraestructura y equipamiento y se va a seguir haciendo- y los aspectos relativos a la humanización de la medicina, lo que estamos intentando enfatizar muchísimo; el señor ministro de Salud Pública puso un énfasis muy especial en esto.

En los aspectos técnicos y tecnológicos, destacamos la mejora de los procedimientos y los protocolos, tanto en lo que respecta a la atención y seguridad como a la administración y la gestión. Hay aspectos vinculados con la capacitación y con la profesionalización.

Un trabajo de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene que ver con la expansión y universalización de la historia clínica electrónica. Este es uno de los objetivos para el quinquenio para todo el sistema y demás sistemas de información de producción asistencial.

Por otro lado, está la priorización del rol de las comisiones, como la Comisión de Seguridad del Paciente, el Comité de Infecciones, el Comité de Mortalidad, el Comité de Tumores, que tienden a realizar determinados aprendizajes y mejora en la calidad.

En cuanto a los aspectos de calidad vinculados con la otra categoría, relacionados con la infraestructura y el equipamiento, como saben, se están realizando obras en algunos hospitales. Por ejemplo, en el Hospital de Colonia, en el Hospital Pasteur, en el edificio hospitalario del Edificio Libertad. Asimismo, se está construyendo la emergencia del Hospital de Rocha y se está trabajando en la policlínica de Parque del Plata. Hay varias obras que están en ejecución y que vienen del quinquenio anterior.

Para este quinquenio, no tenemos planteado el desarrollo de nuevos hospitales. Sí el mantenimiento edilicio de 833 puestos de atención, lo que no es fácil. La mayor parte de los hospitales departamentales son edificios de más de cien años, lo que implica un costo importante de mantenimiento. No estamos diciendo que no se vayan a construir policlínicas. Seguramente, sí se harán policlínicas y se crearán puestos de primer nivel de atención, atendiendo al cambio en el modelo. Pero no estamos hablando de grandes obras como se construyeron en el quinquenio pasado; algunas de ellas todavía no terminaron.

También debemos mantener, reponer y recambiar, por obsolescencia, buena parte del equipamiento médico y mobiliario. Asimismo, tenemos que hacer el recambio de la flota vehicular. Esto se hace cuando el vehículo tiene 100.000 kilómetros o dos años de uso.

Los recursos humanos representan el desafío de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud; lo hemos dicho hasta el cansancio. Así como se tendió a priorizar en la disminución de la inequidad en equipamiento, infraestructura y ambulancias que existe entre Montevideo y el interior, también se debe disminuir la brecha de los recursos humanos. Una herramienta fundamental en ese sentido ha sido las Unidades Docentes Asistenciales. Este proyecto se ha trabajado en conjunto con la Universidad de la República; la Facultad de Medicina ha sido un pilar al respecto. Hoy, esa experiencia se extiende a la Facultad de Enfermería -y quizás a otras en el futuro- y al Ministerio de Salud Pública. Las primeras Unidades Docentes Asistenciales tuvieron

que ver con la crisis de anestesistas. Se crearon unidades en el interior del país; algunas funcionan muy bien, otras más o menos y a otras hubo que darles de baja. Valoramos el aporte positivo realizado por el Decano de la Facultad de Medicina y por el Ministerio de Salud Pública porque nos permitió tener algunos recursos humanos en el interior del país, y antes no contábamos con ellos.

Por otro lado, se debe continuar con ese proceso de capacitación y profesionalización de los funcionarios, tanto en los aspectos asistenciales como en los administrativos y de gestión.

Debemos fortalecer la dotación de los recursos humanos en servicios, ya que todavía existen brechas. Tendría que haber un determinado número de enfermeros y aún hoy no los tenemos. Recuerdo una frase de la gerenta general: "Si el Sistema Nacional Integrado de Salud tuviera que contratar a todos los enfermeros que debería, estos aún no han nacido". Tenemos que saber eso. Por lo tanto, vamos a trabajar con muchos de estos planes de recursos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por otra parte, se debe continuar el proceso de presupuestación de contratos por comisión de apoyo y Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Existe una bolsa de financiamiento para algunos recursos humanos. Algunos de ellos están en condiciones de presupuestación; otros no porque acumulan cargos, tienen otros límites a la presupuestación o no quieren hacerlo. La idea es continuar en este quinquenio con ese proceso de presupuestación que se inició en períodos anteriores.

La adecuación de la normativa para la contratación del personal permite que ASSE pueda asumir contratos a término y planes temporales. Como saben, en los meses de invierno, ASSE tiene la necesidad de contratar a determinados recursos humanos para fortalecer las puertas de los hospitales, algunos CTI, etcétera. En realidad, esos recursos los precisamos por tres meses o, durante el verano, en las costas de Maldonado y Rocha. Hasta ahora, siempre contratamos el personal a través de la comisión de apoyo. Estamos buscando los mecanismos para introducir esto en la próxima ley de presupuesto y hacerlo por medio del rubro cero, que es más justo para los trabajadores y da más garantías a la institución y los usuarios.

Si seguimos con el tema de los recursos humanos -que es el mayor problema que tenemos todas las instituciones prestadoras de servicios de salud-, podemos hablar de las mejoras de las condiciones laborales en las enfermerías. Como ustedes saben, hoy, el recurso enfermería pasa a ser uno de los más críticos porque se invirtió la relación: tenemos más médicos que enfermeros; hablo tanto de auxiliares como de licenciados. También tenemos otras profesiones críticas como, por ejemplo, los licenciados y técnicos en imagenología. Inclusive, muchas veces, en el interior todavía tenemos la imagenología en manos de idóneos que pasaron por distintos cursos, tanto en el sector público como en el privado; son aspectos que debemos trabajar juntos para encararlos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Además, debemos seguir avanzando en la regularización de los cargos y las funciones. Digo esto porque hay muchos auxiliares de enfermería que, en virtud de los planes que existieron en el quinquenio anterior, se pusieron a estudiar y se recibieron de licenciados de enfermería. Por lo tanto, para nosotros es imprescindible incentivar que ese recurso siga por esa línea.

Es muy importante el financiamiento para la contratación de suplentes. Como saben, todavía tenemos grandes dificultades para contratar a los suplentes y mantener los servicios. También hay que profundizar la reforma del sistema de trabajo, ampliando las funciones de alta dedicación. Las funciones de alta dedicación se desarrollaron durante el quinquenio anterior, tratando de fomentar el trabajo médico en una sola institución, aumentando el compromiso con los usuarios.

Esos son los grandes lineamientos de trabajo que estamos desarrollando junto con nuestros gerentes y directores de unidades ejecutoras hacia la ley de presupuesto y el quinquenio.

**SEÑOR LEMA (Martín).- Es un gusto recibirlos en este ámbito para hablar sobre el plan de acción a futuro, partiendo de la situación actual.**

A modo de introducción, me gustaría comentarles que hace un tiempo solicitamos la visita de ASSE -me encantó que viniera el equipo completo- para ampliar nuestras consultas.

En lo personal, también envié una carta al Directorio y la señora presidenta me la contestó muy gentilmente. Tenemos la expectativa de que este tipo de instancias se den con cierta frecuencia.

Para ser franco, me sorprendió la composición del directorio de ASSE. Si miramos el período anterior, advertimos que estaba compuesto por cinco miembros: dos del Frente Amplio, uno de la oposición y dos directores sociales. Por lo tanto, el directorio de ASSE tenía control. Eso generaba tranquilidad en quien debía controlar -la oposición-, tranquilidad en quien debía gestionar -es bueno tener un testigo permanente en un ámbito tan importante como el directorio de ASSE- y, sobre todo, tranquilidad para la ciudadanía, que debería tener un detalle pormenorizado de todo lo que se hace.

Tomamos con bastante asombro los anuncios del señor presidente de la República en cuanto a que no iba a estar el miembro de la oposición. Su argumento fue que se iba a hacer el control por los directores sociales. Obviamente, no comparto el argumento, y sé que tampoco se cumple con el control. Al día de hoy, lo que determina el artículo 2º de la Ley Nº 18.161 -que habla de la composición del directorio de ASSE por cinco miembros- no se cumple porque hay solo tres miembros que pertenecen al Frente Amplio; todavía no hay directores sociales. A su vez, los trascendidos públicos dicen que Vázquez solicitó que se presentaran tres nombres por los usuarios y tres por los trabajadores para determinar cuáles van a ocupar su lugar en el directorio. Quiere decir que habría un control bastante relativo. Con mucho respeto, quiero decir que eso habla de una ausencia de control. Por ello, nosotros tenemos un montón de interrogantes que queremos evacuar. Por eso celebramos que vengan a la comisión. Ante la ausencia de control en el directorio, tenemos la expectativa de que se pueda generar una interacción fluida con respecto a la gestión de ASSE.

Nos alegra mucho que hayan venido y creo que la presencia de la presidenta Muñiz nos permite conocer de primera mano lo que es la realidad de la salud porque tiene una gran experiencia como directora del segundo nivel de atención y, obviamente, como ministra. Eso ayuda a tener un panorama completo de la situación en forma directa.

Tengo varias interrogantes. La primera es sobre las empresas tercerizadas.

En el directorio de ASSE, en julio de 2014, se aprobaron dos auditorías: una externa -en lo referente a la legalidad- y otras internas, que fueron más generales. A su vez, en el hospital de Las Piedras hubo una ampliación de una investigación administrativa. Me gustaría saber a cuáles conclusiones se llegó en la auditoría externa, en las internas y en la ampliación de la investigación administrativa en el hospital de Las Piedras.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Como saben, hace cincuenta días que estamos en el directorio de ASSE y recién convocamos a los auditores internos de la institución. Las auditorías todavía no terminaron, inclusive la de Las Piedras. De todos modos, cuando tengamos los resultados, les vamos a informar inmediatamente.**

**SEÑOR LEMA (Martín).- Esperaremos las conclusiones de esas auditorías.**

Tengo entendido que ya concluyó una auditoría a Arquitectura. También sabemos -consta en el informe- que hay situaciones con muchísima complejidad. ¿Cuáles son las medidas que se pretenden adoptar con respecto a la situación bastante negativa que se tiene a nivel de Arquitectura? Comprendo que este Directorio asumió hace unos días pero, como dije al principio, imagino que la doctora Muñiz, en su carácter de titular del Ministerio en el período pasado -organismo rector—igualmente estará al tanto de cuáles fueron los pasos dados en las investigaciones de las auditorías interna y externa, que todavía no han concluido.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- No estando concluidas las auditorías, nos parece que todavía no es pertinente manifestarnos a ese respecto. No obstante, no tenemos ningún inconveniente en traer los informes una vez que estén concluidas.**

En el caso de arquitectura, debemos saber que es un servicio deficitario en lo que tiene que ver con la cantidad de arquitectos que hay a nivel nacional. Algunos arquitectos están sobrecargados por la cantidad de obras que se están realizando, por lo que se está planificando trabajar diferente con arquitectura: se está rediseñando ese tema. En muchos lugares las comisiones de obra tienen que contratar arquitectos locales.

En definitiva, asumimos que tenemos grandes dificultades en cuanto al mantenimiento de la infraestructura y, por lo tanto, estamos trabajando en esa línea.

**SEÑOR MIER ESTADES (Edgardo Dionisio).- Quisiera agradecer la presencia de la señora presidenta de ASSE y de su equipo.**

En esta primera visita, me gustaría empezar una aproximación entre esta Comisión y el Directorio de ASSE, dado que compartimos lo que expresaba el diputado Lema, en el sentido de que hoy no tenemos representación política partidaria en dicho Directorio lo que, de alguna forma, carga sobre nuestros hombros la responsabilidad de todos estos temas.

Quisiéramos trasladar al Directorio de ASSE y a su Presidenta, la doctora Muñiz, un planteo que hicimos en nuestra primera intervención en la Cámara donde también llevamos dos meses y medio -somos absolutamente inexperientes- y también se lo expusimos al ministro de Salud Pública, doctor Basso. Se trata de una inquietud que traemos como representantes por nuestro departamento de Treinta y Tres, pero sabemos que es sentida en todo el interior del país. A nuestro juicio es, entre muchos, uno de los principales temas que padece hoy la atención médica de la gente del interior: el tratamiento radioterápico que obliga al traslado, al desarraigo, a venir a Montevideo a veces a jefes de familia de muy pocos recursos. Este es un problema que tienen los usuarios de ASSE, pero también los del sector privado. Nosotros nos hemos jubilado de la actividad médica: tuvimos la responsabilidad de ser directores y administradores y como médicos y vecinos de nuestros pagos, conocemos gente que simplemente no puede venir a radicarse en Montevideo durante dos o tres meses para tratar su patología, su cáncer, y allí sella su destino entendiendo que no tiene la condición socioeconómica que le permita hacerlo.

En ese sentido, y muy dolidos por eso, ustedes recordarán que hace unos cuantos años existían centros regionales de tratamiento oncológico, donde se utilizaban bombas de cobalto que perimieron por el avance tecnológico y se sustituyeron con aceleradores lineales que eran costosísimos; no sé cuánto cuestan hoy. Y tenemos la enorme satisfacción de que el Presidente de la República se refiriera a este tema en su Consejo de Ministros en Melo, inclusive, si se quiere dobló la apuesta, porque manifestó que lo ideal sería tener un centro de tratamiento radioterápico por capital departamental. Yo diría que si logramos regionalizar en forma coherente, adecuada, por eje vial, por núcleo de influencia, ya estaríamos dando un primer gran paso.

Además, quiero hacer énfasis -porque siempre fui un defensor de esto- en que el único camino que tiene la mejora de la salud de este país -compartiendo los paradigmas de la reforma- es el de la complementación de servicios. Ese es el camino cuyo recorrido se ha esbozado: se ha dado algunos pasos y otros no. En definitiva, creo que sería una especie de mojón referencial si lográramos aunar el esfuerzo del Estado a través de ASSE y de las instituciones privadas, y por qué no de la sociedad, para tratar de lograr el afincamiento y el funcionamiento de estos centros de tratamiento oncológico de radioterapia en el plazo que sea posible en el país.

Esto lo quería decir en el día de hoy desde nuestro humilde puesto: vamos a luchar por eso y nos ponemos a la orden para ayudar en lo que podamos.

Dentro de una hora tendremos una entrevista con el Ministro de Salud Pública, a quien vamos a trasladar este tema otra vez, así como otros asuntos, porque nosotros nos hemos movido y también hay organizaciones civiles interesadas en ver de qué manera pueden empujar en este sentido.

En todos los demás temas les vamos a pedir disculpas: a veces nos ponemos un poco pesados pero, como les decía, hoy recae sobre nuestros hombros representar a la oposición en un país democrático y ante un aspecto tan importante, como el de los servicios de salud, por lo cual nos gustaría mucho mantener un contacto fluido, permanente, de ida y vuelta, en el sentido de construir e intentar ayudar para que las cosas salgan lo mejor posible. Desde ya, muy sinceramente, les deseo el mejor de los éxitos, que será el éxito de todos.

**SEÑORA SANSEVERINO (Berta).- Buenas tardes, es un placer estar en esta reunión.**

Nosotros venimos de la Comisión de Derechos Humanos y en verdad nos parece muy bueno que en temas que rozan las competencias de varias Comisiones podamos actuar en conjunto para ahorrar los tiempos de los

equipos, inclusive el nuestro. Por eso habíamos solicitado vuestra presencia en la Comisión de Derechos Humanos por asuntos sobre los que, probablemente, el doctor Horario Porciúncula hoy nos adelante algo.

Me ha parecido muy importante el informe, y es muy interesante eso de las competencias que se rozan, porque en la Comisión de Derechos Humanos hoy comparecieron dos delegaciones, en ambos casos por problemáticas relacionadas con temas de salud. Fue muy conmovedor recibir a la delegación de la asociación de personas con síndrome de sensibilidad central, quienes sostuvieron que no es una enfermedad rara, sino desconocida, y aquí es muy fuerte el impacto que tiene el tema de salud en los derechos de esas personas, con repercusiones -como decían ellos- en lo social y en lo económico. Y si hacemos un estudio -con el colega Bianchi estuvimos en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en el período anterior- muchos de los proyectos que han quedado tienen una dimensión de salud que roza los derechos, sobre todo, de los niños; para dar un solo ejemplo, mencionaré el autismo.

Son muchos los temas y la preocupaciones que tiene la ciudadanía y es importante el papel de ASSE -la presidenta hablaba sobre la atención de los colectivos vulnerables- para definir una dirección a la cual estaremos apelando para mejorar la calidad de vida de muchas uruguayas y muchos uruguayos que todavía tienen derechos vulnerados.

Como nosotros no estamos invitados a este espacio -nos hubiese gustado estar formalmente invitados: después el Presidente aclarará la situación-, debemos retirarnos a la hora 16 porque tenemos sesión de Cámara. Probablemente ustedes podrán seguir sesionando porque estarán respaldados por el Reglamento, por lo que agradecemos mucho toda la información que nos puedan brindar ahora nuestros visitantes.

SEÑOR LEMA (Martín).- Se ha llegado al plano de los pacientes, los trabajadores y la seguridad abarcada desde dos lados distintos. Con respecto a la seguridad, la integridad física, quisiera saber cómo se está llevando adelante el protocolo de actuación entre ASSE y el Ministerio del Interior con relación a la custodia de los pacientes judiciales.

En cuanto a la seguridad de los pacientes, quiero saber cómo se está gestionando y controlando los dineros de los pacientes psiquiátricos internados. Es decir, cómo se lleva a cabo esta función.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Comparto la preocupación y las expresiones del señor diputado Mier Estades. Cuando uno piensa en las iniquidades y el abordaje de distintas patologías, sin ninguna duda, considera que uno de los abordajes más iniquitativos es la radioterapia. Los señores diputados saben que hay pocos centros de radioterapia en el interior de Uruguay; concretamente existen en Tacuarembó, Salto y Florida. Además, se trata de una patología muy penosa, con una carga afectiva horrible.**

Se está trabajando en un convenio de complementación en la región este. Si bien en Maldonado y Rocha se venía trabajando desde el período anterior, no se llegó a mucho; trataremos de retomar esa labor en este período.

En ASSE existen tres aceleradores lineales, ubicados en el Hospital Pereira Rossell, en el Hospital de Tacuarembó y en el Instituto Nacional del Cáncer, donde próximamente comenzará a funcionar un acelerador lineal más, sustituyendo a la bomba de cobalto, mencionada por el señor Diputado Mier Estades.

Los hospitales de Tacuarembó y el Pereira Rossell solicitaron la compra de dos aceleradores más, uno para cada uno. No olvidemos que el Hospital de Tacuarembó se comporta como un centro regional y el Hospital Pereira Rossell es un centro de referencia nacional, en el que se asisten prácticamente todos los niños con cáncer en el país.

En cuanto a los recursos que tenemos para hacer funcionar estos aceleradores, en el Hospital Pereira Rossell contamos con un médico coordinador, siete médicos radioterapeutas y nueve técnicos en radioterapia; en el Instituto Nacional del Cáncer tenemos un médico jefe, siete médicos radioterapeutas y once técnicos en radioterapia; y en el Hospital de Tacuarembó contamos con tres médicos radioterapeutas y dos técnicos en radioterapia. Varios de estos técnicos trabajan en más de un acelerador en ASSE, lo cual nos habla -lo que recién mencionaba el señor Diputado Mier Estades- de la necesidad de trabajar juntos en el Sistema Nacional

Integrado de Salud e, inclusive, formar estos recursos humanos con la Facultad de Medicina. Esta es la línea que vamos a llevar a cabo.

En cuando a lo manifestado por la señora diputada Sanseverino, el derecho a la salud es un derecho humano. Seguramente, estas dos comisiones tengan mucho para trabajar en forma conjunta pues muchas veces es muy necesario que estos temas se analicen conjuntamente.

En cuanto al protocolo de actuación con los pacientes judiciales, los señores diputados saben que el 51% de los pacientes del Hospital Vilardebó son casos judiciales, que conforman distintas categorías pues tenemos los pacientes inimputables, que representan un riesgo en determinadas situaciones, y los imputables, que sí representan un riesgo y que son derivados por la Justicia.

Actualmente, en el Hospital Vilardebó tenemos 330 camas y el 51% son ocupadas por pacientes judiciales. Los señores diputados recordarán que hay cuatro salas de mediana y alta seguridad; me refiero a las Salas 10, 11, 16 y 17. En esa población hay pacientes que llegan desde la puerta de entrada del área metropolitana ubicada en la excárcel Central, para evaluación y diagnóstico por probable patología psiquiátrica. Acá se nos genera un problema porque es una instancia que se prolonga mucho entre el inicio del proceso y la sentencia.

A su vez, tenemos pacientes que llegan desde los centros carcelarios por presuntos cuadros psiquiátricos agudos que no se pueden resolver en los actuales Servicios PPL (Personas Privadas de Libertad), algunos muy complejos porque presentan vicios carcelarios que muchas veces están junto a pacientes inimputables, que tienen cierta vulnerabilidad por su propia patología, generando situaciones abusivas.

También tenemos pacientes inimputables, que cometieron delitos de sangre.

Las salas de mayor peligrosidad son la 11), para los hombres y la 16) para las mujeres. En la sala 11 hay 18 pacientes imputables, 19 inimputables, configurando un total de 37 pacientes. En la Sala 16, para mujeres, hay 4 imputables y 8 inimputables.

Las salas 10 y 17 alojan a pacientes de menor peligrosidad.

Lo cierto es que los pacientes imputables configuran un riesgo para los funcionarios, sin olvidarnos de las situaciones de fuga. Acá hay aspectos difíciles, planteado por los propios jueces -concretamente el doctor Chediak, hace algunos días-, con respecto a un preso que en algún momento podría simular una situación psiquiátrica para intentar fugar. Eso genera situaciones de violencia con los funcionarios y los otros pacientes. Si bien existe un protocolo, debemos admitir que tenemos dificultades en esa área.

En tal sentido, venimos trabajando con las gerencias de ASSE, precisamente, pensando en estos aspectos.

**SEÑOR PORCIÚNCULA (Horacio).- Agradezco la posibilidad de expresarme en este ámbito y también agradezco a las autoridades de ASSE por invitarme a esta sesión.**

En los espacios de vulnerabilidad nos ha tocado trabajar desde hace muchos años. Muchas veces es muy difícil encontrar un espacio en el que se pueda expresar las preocupaciones y el sentir de toda una población. Este es un diferencial de ASSE porque aun pudiendo pagar, nadie atendería a los presos. La mayoría de las personas afectadas en salud mental, tarde o temprano, también van a parar a ASSE, al igual que las personas vulnerables producto de su edad, por abandono, y quienes están en situación de calle.

La judicialización de los pacientes psiquiátricos es un fenómeno que ha venido creciendo progresivamente. Tenemos que entender que esta judicialización es producto de la falta de respuestas que la sociedad en general tiene para los pacientes con alto nivel de complejidad.

Hemos tenido numerosas reuniones con la Suprema Corte de Justicia, el Poder Judicial y jueces, en particular, cuando nos obligan a mantener en proceso de internación a personas que cometieron un acto violento producto de la alteración de su estructura mental, ya sea por una patología preexistente o por el consumo de sustancias, que son una de las razones por las que ha ido creciendo el número de este tipo de personas en las instituciones. Hace unos cuantos años decía que el consumo de sustancia mata más prontamente a las personas, pero me equivoqué, porque yo pensaba, allá por el año 2000, que el consumo excesivo de sustancias psicoactivas, en particular, la pasta base, iba a determinar la muerte pronta de las

personas. Sin embargo, no las mata físicamente, pero sí socialmente. Y mata, fundamentalmente, el concepto del vínculo respetuoso entre las personas, y las características de las conductas de estas personas con relación a los bienes y a otras personas. Esto fue modificando la estructura de las instituciones psiquiátricas, en particular, la del Hospital Vilardebó, de la cual fui director hace unos cuantos años.

En aquel entonces, había un predominio de pacientes alterados en su salud mental: psicóticos y esquizofrénicos de larga evolución, deteriorados, producto de la enfermedad, y abandonados por su familia, también producto de esa enfermedad. Teníamos respuestas farmacológicas, que fueron progresando a través del tiempo, y que nos fueron permitiendo algunas otras alternativas. Sin embargo, paulatinamente, fueron apareciendo estas alteraciones mentales, producto de estas circunstancias, y lo farmacológico ya no era tan efectivo, los tratamientos psicológicos y sociales empezaron a tener otra capacidad de incidencia, y cuanto más tiempo pasa, más difícil es revertir esta situación, generando para el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, y para la sociedad en general, una preocupación. Esto fue generando que estos pacientes fueran derivados hacia las instituciones psiquiátricas, en particular, al Hospital Vilardebó, con un componente fundamental, que tiene que ver con la alteración de conducta como cuestión básica.

La alteración conductual implica la "peligrosidad" -entre comillas- frente a la impredecibilidad que puede suceder en tanto conducta.

Nuestra experiencia personal nos permite recordar que, siendo director del Hospital Musto, hace muchos años, teníamos dos policías por cada preso. Había una sala con algo más de veinte pacientes, y casi cuarenta policías, con lo cual se transformaba en una compleja situación de manejo cotidiano. Teníamos más policías que la comisaría de la zona. Además, los policías respondían a una autoridad que no éramos nosotros, lo cual era una alteración permanente. Por tanto, esa no era una alternativa válida para la custodia de pacientes judiciales, que a su vez generaban numerosas alteraciones funcionales, que no voy a enumerar, pero podrán imaginárselas.

En ese sentido, a través del tiempo, la custodia de los pacientes judiciales se fue transformando en lo que se denominó la "guardia blanca", es decir, personas con un conocimiento un poco más acabado para la contención de situaciones complejas y violentas.

Cuando estuve cumpliendo funciones en el Hospital Vilardebó, trabajamos la posibilidad de generar la mayor experticia y conocimiento, para mejorar esta situación, que inicialmente estaba muy vinculada a la reducción persona a persona, lo que generaba situaciones de vulnerabilidad de los derechos humanos de todo tipo. A modo de anécdota, les cuento que la reducción por compresión de cuello era la más frecuente.

Se trabajó con la custodia, vinculada con funcionarios con conocimientos específicos. Hoy esto no es lo suficientemente adecuado. Como habrán notado, se han producido numerosas fugas. Sin embargo, en los años que tengo de experiencia en esta área, nunca vi una agresión realmente significativa de un paciente dentro del Hospital hacia un funcionario. Lo que sí he visto es la potencialidad creciente del peligro de que esto suceda. Estamos trabajando con los funcionarios en el día a día -sin ir más lejos, ayer nos reunimos, en horas de la tarde-, buscando alternativas que nos permitan separar dos grandes poblaciones: la de los imputables y la de los inimputables.

Los que son imputables, que generalmente provienen del sistema carcelario, generan un montón de trastornos, porque a los dos o tres días ya tienen un estado de conciencia diferente a los inimputables. Para ser más claro, voy a poner un ejemplo. Una persona, que llega al hospital desde el sistema carcelario, con un cuadro depresivo, con un posible intento de autoeliminación, con angustia, diagnosticado clínicamente, se trata, y al tercer o cuarto días disminuye esas características, y se transforma en lo que era antes: básicamente, en una persona con un trastorno social o de personalidad. Este paciente convive con otro que tiene un trastorno psicótico delirante, apagado por el uso de los fármacos, con un deterioro, por ejemplo, cognitivo, porque tiene bajo nivel intelectual, que ha cometido algún acto delictivo. Frecuentemente, el paciente que está mejor se aprovecha de esta situación. Hace dos o tres días tuvimos una situación de este tipo en la Sala 12. Esto también preocupa a los funcionarios, porque una cosa es el manejo cotidiano y habitual de una persona que tiene una alteración mental y deficitaria, y otra tratar con una persona que tuvo un episodio que ya superó.

En ese sentido, los funcionarios nos plantean que no quieren tratar a este tipo de pacientes -y estoy respondiendo a la pregunta relacionada con la seguridad de los funcionarios-, más allá de lo que implican los

aspectos psico-patológicos transitorios, que deberían ser tratados en otro lugar.

En este último tiempo hemos trabajado mucho con el Ministerio del Interior, para lograr alternativas que nos permitan separar a estas dos grandes poblaciones, y que lo relativo a seguridad esté debidamente atendido por el Ministerio del Interior. En cuanto a los inimputables, que realmente presentan una patología severa, me apuro a decir que en su mayoría, por más grave que sea la patología psiquiátrica, en treinta o cuarenta días se logra compensarlos.

El Ministerio del Interior está acondicionando un espacio físico en la cárcel Central para albergar transitoriamente a estos pacientes. Está en los planes para este quinquenio el Hospital Penitenciario, lo que nos va a permitir hacer el screening de los pacientes. Esto tiene que ver con la mejora de la seguridad de nuestros funcionarios y, básicamente, de los pacientes, que son también vulnerados en sus derechos.

Este tipo de situaciones ocurre en Montevideo, en el Hospital Vilardebó, en algunas Colonias, pero también en el interior. En muchos hospitales del interior no hay salas específicas de psiquiatría; hay sectores de psiquiatría, por ejemplo, en Rivera, Durazno, Salto, Paysandú. Ahí se manejan pequeños sectores de seguridad. Son dos o tres salitas -no se necesita más que eso-, destinadas para los trastornos más graves, que cuentan con mayor posibilidad de acceso a la custodia policial.

En lo que tiene que ver con los pacientes judiciales y la seguridad, estamos trabajando fuertemente con el Ministerio del Interior, la Suprema Corte de Justicia, con los funcionarios y algunos de los familiares y usuarios a través del Patronato del Psicópata, para encontrar alguna solución definitiva. El verdadero problema del área de la salud mental es la recomposición de la estructura psicopatológica de la persona, para que pueda hacerse cargo de sí mismo y volver a funcionar en sociedad. Las internaciones prolongadas no han resultado efectivas en el mundo para curar la patología psiquiátrica; generalmente, terminan agravándola, si no es desde el punto de vista de la patología psiquiátrica, sí de los contactos humanos y sociales. Ese camino complejo que lleva a una persona a transitar por diferentes estructuras para llegar, hoy por hoy, a un saco sin salida es el camino que intentamos revertir desde hace muchos años, y creo que en este momento contamos con la sensibilización y la preocupación del Poder Legislativo para ayudarnos a progresar en esa salida.

Creemos que este es un momento lamentable de la salud mental desde el punto de vista global, por las situaciones de público conocimiento, pero también sabemos que esta es una oportunidad para generar un buen golpe de timón de manera de lograr un cambio más profundo.

Por otra parte, entiendo la preocupación del señor diputado por el tema de los bienes de los pacientes, sobre todo de las colonias. La gran mayoría de estos pacientes cobran la pensión a la vejez o por invalidez. A su vez -este es un agregado positivo-, hasta hace poco tiempo, muchos de ellos eran indocumentados, y haberlos documentado y darles identidad, ahora les permite cobrar esa pensión. Parte de ese dinero lo usan para gastos personales, y está determinado, básicamente, por la acción de los técnicos que trabajan con ellos, que son asistentes sociales y psicólogos quienes, a su vez, son controlados por la Administración. Precisamente, hace dos o tres meses hicimos una auditoría para valorar el funcionamiento de esta situación. Coincido con el señor diputado en que hay que tener un ojo muy agudo para evitar determinado tipo de situaciones, porque para la mayor parte de la sociedad los pacientes psiquiátricos son peligrosos y, en general, para nosotros son víctimas del abuso de terceros, como sucede en cualquier casa de salud donde les hacen sacar préstamos, los dejan hipotecados y después los recibimos nosotros.

No solamente tratamos de auditarlos desde el lado interno de la institución y de la Administración sino también tratamos de generar una auditoría externa para ver cómo está el tema de los dineros. Hay más de US$ 2.000.000 en los bancos, producto de plata no gastada por parte de los usuarios pero, lamentablemente, cuando un paciente fallece, familiares que nunca habían aparecido, ahora lo hacen en busca de los $ 97.800, tal como sucedió hace pocos días, después de que una persona estuvo internada durante cuarenta años y nadie la había ido a ver nunca.

Me ofrezco a traer la mayor información posible sobre esto, porque la transparencia de que el uso de ese dinero deba ser pura y específicamente para beneficio del usuario y no para otras personas que intervienen en el proceso ha sido motivo de conversaciones y preocupaciones.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Quisiera agregar un tema que no está en la órbita exclusiva de ASSE, y que tiene que ver con los pacientes judiciales. Ustedes saben que les brindamos atención de salud, pero tenemos un problema que es compartido con la Suprema Corte de Justicia. En ese sentido, estuvimos trabajando con el doctor Chediak, quien amablemente accedió a recibirnos.**

Lo que está sucediendo es que, por un lado, cada vez tenemos más ingresos provenientes de los pacientes judiciales y, por otro, tenemos dificultades con aquellos pacientes que tienen el alta hospitalaria, el alta médica, para que la Suprema Corte de Justicia pueda llevarlos nuevamente a la cárcel o, si lo decide, liberarlos.

La pregunta que nos planteamos con el doctor Chediak fue cómo hacemos para disminuir el ingreso de aquellos pacientes carcelarios al Hospital Vilardebó. Por eso se planteó este centro sanitario en cárceles, para que fuera un lugar donde se hace el triage, es decir, donde se haga un filtro y se decida qué pacientes deben ir a un hospital y cuáles otros pueden ser tratados durante la crisis en la propia cárcel.

Lo que estuvimos hablando con el doctor Chediak, y que es un verdadero problema para la Suprema Corte de Justicia, es cómo sacar a esos pacientes que están de alta. Él nos decía que el caso de aquellos pacientes que están penados se podría solucionar rápidamente a través de los jueces de ejecución. Es decir, el Hospital Vilardebó confecciona un listado de aquellos pacientes que están de alta hospitalaria y que tenían una pena, y se deriva al juez de ejecución, quien será el que determine cuál es el destino de ese paciente. Sin embargo, hay algunas dificultades con aquellos pacientes que no tienen pena y, por lo tanto, dependemos muchísimo del Instituto Técnico Forense. En ese sentido, si bien el juez tuvo la amabilidad de conectarnos con ellos, existen dificultades al respecto.

**SEÑOR BIANCHI (Daniel).- En primer lugar, quiero agradecer a las autoridades de ASSE por haber concurrido a la comisión, si bien fueron ellas quienes la solicitaron. De todas formas, teníamos muchas ganas de escucharlos y también de hacerles algunas preguntas.**

Con algunos somos viejos conocidos y, objetivamente, debo decir que tienen un muy buen equipo. Estamos seguros de que vamos a trabajar juntos durante estos cinco años, más allá de ser un legislador de la oposición. Por supuesto que vamos a ejercer la función de contralor, pero también vamos a aportar todo lo que podamos porque creemos que el objetivo es que la salud del Uruguay tenga mejores resultados.

Como algo puntual quisiéramos preguntar sobre el Hospital de Colonia. Pasamos muy seguido por allí y vemos que las obras van muy bien. Quisiéramos saber si tienen idea de si se va a poder cumplir con el cronograma y si se sabe, aproximadamente, cuándo se podrá inaugurar.

**SEÑOR NIFFFOURI (Amin).- Con relación al tema que recién se mencionaba, me gustaría volver a preguntar algo relacionado con las colonias psiquiátricas.**

Según la evaluación que hace el doctor Porciúncula, se entiende conveniente que las comparecencias de los enfermos deben ser cortas. A partir de las recorridas que hemos realizado por todo lo ocurrido en las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, vimos que hay gente que está internada allí desde hace muchos años. Entonces, me parece que una cosa no va de la mano con la otra.

Quisiera saber qué es lo que se piensa hacer a futuro, porque en las recorridas que hemos hecho también vimos obra nueva, o sea que se ha invertido dinero.

Asimismo, quisiera saber si se piensa seguir trabajando en el tema de las colonias psiquiátricas. Yo no pertenezco a esta comisión, pero he escuchado alguna versión de prensa con respecto a que no están de acuerdo con las colonias psiquiátricas, y que habría que reencausar el rumbo y brindar otra alternativa para estos pacientes. Quisiera saber cuál es ese nuevo rumbo, si es ir progresivamente al cierre de estas colonias psiquiátricas o qué es lo que se piensa hacer al respecto.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Con referencia al Hospital de Colonia, recién estamos en la primera etapa de ejecución. El monto del contrato, a valores originales, es de $ 445.874.820. Las obras comenzaron en julio del año pasado y se estima que el plazo de finalización será a fines de 2016.**

Los cierto es que en el mes de marzo se realizó una presentación de la tipología, los consultorios y salas de espera, y el porcentaje de avance de obra en este momento ronda el 19%.

En el caso de las colonias, voy a permitir al doctor Horacio Porciúncula que siga profundizando, pero quisiera señalar solamente algunos de los aspectos, y esto también tiene que ver con el cambio en el modelo de atención.

Hoy dije al pasar -con doble intención, para que se pensara en eso- que en estos momentos todos los hospitales son de agudos. Actualmente, el mundo no concibe más los hospitales de crónicos, no existen más hospitales de crónicos de cáncer, respiratorios, etcétera, porque la idea es que el pasaje por la enfermedad que requiera internación sea cada vez más breve y, por eso, se ha implementado la internación domiciliaria y demás que recién desarrollé.

Esta realidad también es válida para salud mental, en ese concepto de una salud más integral, lo que no quiere decir que no hayamos heredado un montón de personas, que no tienen otro lugar. Es más; algunas personas, sobre todo psicóticos que, además, tienen retardo mental grave, están ahí desde la infancia, lo que muestra una situación bastante compleja.

Por otra parte, existe un programa y un sistema de egreso en las colonias. Se ha formado a cuidadores específicos y en este momento hay sesenta y cinco cuidadores y ciento setenta pacientes de las colonias que viven en hogares sustitutos. Esta es una de las líneas de acción, que seguramente la desarrollará mejor el doctor Porciúncula.

**SEÑOR PORCIÚNCULA (Horacio).- Agradezco la pregunta, porque me permitirá comentar dos o tres aspectos.**

El Hospital Vilardebó fue inaugurado el 25 de mayo de 1880 y las Colonias de octubre de 1912. La primera medida terapéutica valiosa para la salud mental -el electroshock- se comenzó a aplicar en 1930, es decir, cincuenta años después de la existencia del Hospital Vilardebó y casi treinta de las colonias. A su vez, el primer fármaco que aparece para la salud mental fue la imipramina en 1950. Contextualizo el marco simplemente para explicar que en la década del cincuenta, al decir del profesor Ginés, Uruguay era un país del siglo XXI y después pasamos a ser un país del siglo XIX en salud mental, por cuanto había más de cinco mil personas internadas en los hospitales.

Hace unos años que viene disminuyendo progresivamente la cantidad de pacientes, porque cayeron los ingresos, a saber, de mil doscientos pacientes que había hace cuatro o cinco años, hoy hay ochocientos cincuenta en las colonias.

Es muy cierto lo que afirma el señor diputado de que hubo inversiones. Casi US$ 6.000.000 se invirtieron, intentando lo que en períodos pasados se llamó la necesidad de dignificar la atención de las personas que estaban internadas.

Como se sabe, el 75% de las colonias ha sido remodelado ediliciamente, lo que permitió que una actitud diferente, mucho más digna en el vínculo diario.

Como muy bien dijo la presidenta de ASSE, en las colonias conviven cuatro poblaciones, bien diferenciadas: pacientes con alteraciones mentales neurobiológicas, algunas desde su nacimiento -retardos mentales, oligofrenias-, otras adquiridas, demencias productos de la edad, del consumo de alcohol de larga data. Es decir, tenemos un grupo de pacientes que presenta alteraciones orgánicas. Otro grupo de pacientes también presenta alteraciones orgánicas, tales como diabetes, trastornos respiratorios graves, problemas metabólicos, etcétera. Otros pacientes presentan problemas sociales y judiciales y, otros, predominantemente alteraciones psiquiátricas. La mayoría de estos pacientes presentan todas estas cosas, y hace muchos años que fueron abandonados, tanto social como familiarmente. Algunos pacientes provienen de diferentes lugares del interior. Hace muchos años venían en trenes; se juntaban los pacientes en los hospitales y aquellos que ya no tenían alternativa terapéutica, los mandaban a Montevideo, después al Vilardebó y de ahí a las colonias. Se habrá visto en los lamentables episodios que informó la prensa que todos estos pacientes tenían más de setenta años y cincuenta de internación en las colonias. Es más, para muchos la colonia es su hogar y su casa.

Cuando cambiamos a los pacientes de pabellón, a otros mejores, como nos pidió la justicia, muchos sentían que los expulsábamos de su casa.

Por otra parte, en cuanto a proyectos y perspectivas de las colonias, vamos a utilizar una expresión que aprendimos en nuestro proceso de adquisición de conocimientos en esta área: estamos en la superación de la etapa actual. No hablamos de cierre, porque hay más de mil funcionarios que viven de las colonias. Por lo tanto, tenemos que pensar en que la superación de esta etapa debe implicar el compromiso de los funcionarios.

El verdadero camino es pensar en otras alternativas que disminuyan la cantidad de ingresos y sacar a aquellos pacientes que están preparados para vivir en comunidad lo más pronto posible.

En este corto período hemos desarrollado una experiencia piloto, en la colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social para casas de medio camino, que funcionaron muy bien -algunas en Treinta y Tres y Lavalleja; otras en Montevideo- y estamos trabajando desde que asumió este nuevo directorio en nuevas alternativas. Por eso, estos últimos días estuvimos analizando algunas alternativas para generar mayor velocidad de desagote, de los que están preparados. Lamentablemente, tengo que asumir que un grupo de estos pacientes, que padecen alteraciones neurobiológicas muy severas, que no admiten ni siquiera estar vestidos, será muy difícil sacarlos. En ese sentido, hace unos años hicimos un convenio con el cottolengo Don Orione, que sustentamos económicamente, para sacar de allí sobre todo a los casos de retardo mental y jóvenes. Hoy hay trescientos de esos pacientes en los cottolengos, con un sistema de cuidado muy específico.

Concretamente, los proyectos consisten es crear más casas de medio camino, hogares sustitutos, sistema de cuidadoras. El legislador debe ser consciente de que este cambio de modelo implica cubrir durante un tiempo un costo mayor, porque mientras existan los dos modelos, por lo menos se duplica el gasto. También es cierto que cuando el modelo anterior ya no exista, el nuevo modelo será de mejor calidad, pero implicará mayores costos. Si estamos hablando de alternativas terapéuticas individualizadas, casas de medio camino, hogares protegidos, de doce, quince o veinte pacientes como máximo -en el mundo son entre doce y quince pacientes —, se requieren recursos humanos, no solo sanitarios, sino también de acompañantes terapéuticos, personas con experticia en el arte de cocinar y de generación de alternativas para que el paciente vaya adquiriendo la posibilidad de decidir, que es lo que mata más en las instituciones de gran porte.

Por lo tanto, este es nuestro camino de salida, que se viene generando, pero que ahora se necesita acelerarlo, por todos los hechos de pública notoriedad y consiste, en primer lugar, en lograr alternativas afuera que permitan progresivamente ir evitando que ingresen nuevos pacientes y, en segundo término, llevar a la comunidad a todos aquellos que estén preparados, en un plan que seguramente nos llevará, por lo menos, los próximos cinco años y de lo cual trataremos de mantener informada a la Comisión.

SEÑOR NUÑEZ (Gerardo).- Agradezco la presencia de las autoridades de ASSE y la fineza con la cual han hecho la exposición de los distintos temas.

También quisiera recordar algunos anuncios que se han hecho en esta comisión, particularmente en la comparecencia del señor ministro Basso, cuando expuso la necesidad concreta de poder desarrollar un cambio a nivel legislativo desde el punto de vista de la salud mental, lo que para nosotros tiene un componente central. Sin duda, todo lo que hoy se estaba describiendo en esta materia debería ir por dentro de este gran debate que se viene generando y el propio Ministerio de Salud Pública ha lanzado.

Como sabrán, provengo del movimiento estudiantil y del Centro de Estudiantes de Psicología, que ha trabajado durante muchos años en el anteproyecto de ley. En este momento es bien importante reconceptualizar algunos temas que se han tocado en el día de hoy, porque habla de una sensibilidad por parte de ASSE y también del Ministerio de Salud Pública que merece nuestro saludo y felicitaciones, porque es un tema muy sensible, delicado, en el que no siempre se cuida a los usuarios sino que, en algunas ocasiones, hemos visto cómo estas situaciones se utilizan de mala manera y lejos de poder construir soluciones colectivas y conjuntas, de repente generan situaciones más complejas.

En torno a eso, quiero rescatar lo que también se dijo en la comparecencia del señor Ministro Basso respecto al enfoque de derechos humanos que deberá tener este proyecto de ley en el cual se está trabajando, con una perspectiva que permita, además, lograr colocar como una persona de derecho a todos los usuarios. Ha habido puntos de desencuentro en este anteproyecto de ley y por eso estamos tratando el tema en la comisión,

pero es necesario que al menos desde nuestra parte exista una comisión supervisora de los derechos humanos que dé garantías a todos aquellos que trabajan para los usuarios y para las familias, en cuanto a la construcción de dispositivos alternativos, porque han sido los que más han funcionado en el mundo y también en el Uruguay. Por ejemplo, hay muchos programas que se desarrollan en el Hospital Vilardebó que tienen que ver con que los usuarios tengan un contacto permanente con sus seres queridos, lo que les permite poder insertarse laboral y socialmente y tener mejores desarrollos desde el punto de vista de su situación puntual.

También es importante el aspecto que se mencionaba sobre las residencias asistidas. El foco no debería colocarse en lo que recientemente decía el doctor Porciúncula, en los costos, sino en la importancia que para nosotros tiene como calidad de vida, en primer lugar, para los usuarios, pero también para el conjunto de la sociedad.

Asimismo, nos parece fundamental revisar algunas de las técnicas que se utilizan, que terminan siendo muy invasivas. Concretamente, me estoy refiriendo al electroshock. Hay organismos internacionales y muy cercanos en la región que están recomendando la prohibición de este tipo de terapia -si se le puede llamar de esa manera—, porque es invasiva y muchas veces genera condiciones de más vulnerabilidad para los usuarios.

Por otro lado, los legisladores y la sociedad toda debemos poner mucho énfasis en que ninguno de estos cambios que se están dando se logran solo por la existencia de una ley, sino que implica un cambio cultural muy fuerte, porque ninguna ley puede obligar a que las familias vayan a visitar a los pacientes, que tengamos una cercanía con los usuarios o con todas aquellas personas que sufren algunas enfermedades de carácter psico-social. El romper determinados estigmas sociales y culturales que existen va a llevar mucho tiempo y creo que todo este conjunto de acciones que se están desarrollando desde ASSE y desde el Ministerio de Salud Pública contribuyen a esa mejor sociedad que es la que todos y todas estamos buscando.

**SEÑOR LEMA (Martín).- Más allá de los derechos humanos sobre los que se puede seguir profundizando a través de una ley, la realidad es que los derechos humanos son de rango constitucional. Por lo tanto, independientemente de que se vote una ley con el contenido que sea, hoy ya tenemos que estar en la dirección de garantizar esos derechos humanos.**

Hice llegar una exposición escrita -se lo comentaba al señor diputado Gallo Cantera— porque hay diferentes circunstancias que van camino a que la persona se sienta respetada en sus derechos humanos y ayudan y suman en esta cosas.

En visitas al Hospital Vilardebó, planteábamos la mejora en la posibilidad de higienizarse, porque la situación de los baños

—no solamente me refiero al módulo 11, porque estuve en casi todos— tiene que mejorar mucho más. Por lo tanto, nos alegran las diferentes intervenciones.

Por otro lado, en esa exposición escrita también planteamos -es algo que también corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social— el tema de la situación edilicia. Hay ciertos sectores que tienen peligro de derrumbe, lo que no solo fue constatado por la Dirección de Arquitectura de ASSE. También hay un expediente en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a raíz de una inspección y queríamos comentarles el panorama que vimos. Una de las oportunidades en que concurrí fue tres días después de la presencia de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y estuvimos hablando con los funcionarios.

Asimismo, me gustaría saber qué posición tienen sobre el Hospital de Clínicas. ¿Creen que tiene que pasar a ASSE o mantenerse en la órbita de la Universidad de la República?

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- La primera cuestión sobre la que quiero hacer énfasis es en la coincidencia con el señor diputado Núñez en todo el enfoque que se está generando en cuanto al nuevo debate que se debe dar sobre la salud mental. Para empezar, la ley anterior se llamaba Ley del Psicópata, lo cual ya habla de algo bien estigmatizante. Además, fue evolucionando todo el sistema sanitario y el enfoque de salud, salvo en los aspectos de salud mental. Creo que es un retraso que tenemos que asumir todos como país.**

Quiero destacar algo que dijo al barrer el señor diputado Núñez. Dijo que este enfoque no era solamente legislativo, sino que había que procesar un cambio cultural en la sociedad toda. Me parece bien importante y muy bueno que este cambio se esté liderando desde el Ministerio de Salud Pública y desde esta Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, porque creo que eso es lo fundamental.

En relación a la pregunta del señor diputado Lema, la primera cuestión que asumimos fue que el mayor problema edilicio en infraestructura estaba en el Hospital Vilardebó, por varias razones. La primera cuestión es que estamos hablando de una hospital que fue construido en el año 1880 y que, a lo largo de los años prácticamente no ha tenido mantenimiento alguno. Además, hay que recordar que es patrimonio histórico. Cuando uno se enfrenta a la remodelación de un edificio que es patrimonio histórico, es mucho más costoso que remodelar cualquier otra sala u obra. En este sentido, nosotros tenemos graves problemas -como señalaba el señor diputado Lema—, en las salas de seguridad, pero no solo en ellas. Por ejemplo, el lavadero es una sala donde tenemos dificultades muy graves. Asimismo, en los últimos años se ha remodelado la cocina y parte de la emergencia; en este momento no dispongo del monto, pero ha sido millonario.

En esta semana hemos trabajado muchísimo para saber lo que saldrían los arreglos en estas salas de alta seguridad del Hospital Vilardebó, que están en condiciones deplorables. El costo del arreglo de la Sala 11 es $ 52.000.000 y el de la Sala 16, asciende a $ 46.000.000. Estos son datos estimados. Además, hay que agregar el problema logístico que esto implica, porque hay pacientes que no podrían salir del Hospital Vilardebó. Además, están los pacientes imputables. Se va a hablar con la Justicia para ver si es posible que vayan a la ex Cárcel Central por un período de tiempo. Se trata de doce pacientes. Por otro lado, están los pacientes inimputables, que si bien corren riesgo, tienen que quedarse en el Hospital Vilardebó.

Lo cierto es que la logística es muy compleja, debido a que hay que vaciar estas salas para realizar las obras y a los costos que ello implica. Por ejemplo, los baños no son comunes porque los caños tienen que estar por fuera; es bien dificultoso.

Estamos comprometidos con este proceso y estamos trabajando al respecto. Recién empezamos por una parte mínima, que es muy costosa. Ni que hablar de otras zonas, que son más costosas y para nosotros no tienen valor asistencial, pero ello no quiere decir que no hagamos nada. Como saben, la capilla del Hospital Maciel está declarada patrimonio histórico; para nosotros no representa un valor asistencial, pero está en ese predio y hoy tiene riesgo de derrumbe. Lo mismo sucede con la torre de atrás.

Estamos hablando de inversiones multimillonarias. Vamos a incluir algunas en el presupuesto. Estamos pensando en un cronograma. Vamos a empezar por estas salas de alta seguridad, pero tenemos grandes dificultades. Es bueno que ustedes lo sepan.

En cuanto al Hospital de Clínicas, estamos trabajando en una comisión conformada por ASSE, el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República. Todos los años, ASSE invierte aproximadamente $ 60.000.000 en el Hospital de Clínicas. Estamos dispuestos a seguir trabajando en este Hospital, pero hoy no está planteado -ni nunca se nos dijo- su pasaje a ASSE. Es bueno aclarar esto. Nosotros trabajamos porque nuestros usuarios utilizan algunas instalaciones. En el Hospital de Clínicas se forman los recursos humanos para todo el sistema. Por lo tanto, estamos comprometidos y continuaremos trabajando.

**SEÑOR MIER ESTADES (Edgardo).- Ejerciendo el rol de contralor, ¿hay alguna noticia sobre la investigación administrativa acerca de los señores Silva y Texeira? Nos gustaría conocer el resultado.**

Asimismo, solicito tengan a bien enviar rápidamente el resultado de las auditorías.

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Dichas investigaciones administrativas pasaron a la Presidencia de la República. Todavía no se han terminado. Sabemos que el señor Texeira va a ir a un proceso de destitución y todavía no tenemos noticias.**

Por otro lado, enviaremos las auditorías en cuanto estén.

**SEÑOR LEMA (Martín).- ¿Qué opinión les merece el servicio que brinda ASSE con respecto al mutual? ¿Se está en igualdad de condiciones? ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas? ¿Qué**

**desafíos hay?**

Hace un tiempo, mantuvimos una reunión en el Patronato del Psicópata; charlamos con padres. Ese ámbito heterogéneo nos pareció bastante constructivo porque uno no solo recibe la visión clínica, sino también la de quien padece diariamente los problemas de tener un familiar en esas circunstancias. Muchas personas en rehabilitación se centran en el Patronato o en otro centro de atención del mismo Patronato, al que a veces se deriva. ¿Cómo están funcionando los diferentes centros tendientes a rehabilitar?

Por otro lado, ha habido diferentes transcendidos de prensa sobre situaciones que ocurren allí. ¿Cómo se procede en los protocolos ante una muerte dudosa? Cuando una muerte es dudosa, ¿cómo se hace el protocolo? ¿Se avisa a los familiares? ¿Cómo se informa y actúa, constatada la muerte?

**SEÑORA MUÑIZ (Susana).- Con respecto a las brechas que podrían existir entre el sistema público y privado, eso depende del lugar donde se esté y del servicio que se brinda donde se esté. Existe un paquete prestacional -PIAS-, que es obligatorio para todos los prestadores integrales en todo el país. Todos los prestadores integrales estamos obligados a lo mismo. Las diferencias de calidad son muy variables a nivel del territorio. Hay algunos hospitales de referencia nacional. Por ejemplo, si me hablan del servicio de oncología pediátrico, allí necesariamente recibimos lo de todo el país. Además, es donde se forman los recursos humanos en ese sentido. Si me preguntan, por ejemplo, sobre Tacuarembó, todos saben que el hospital de referencia local de ASSE tiene servicios de calidad que no tiene un prestador privado. En otros lugares es al revés. Por algo, tratamos de trabajar en forma integrada, a efectos de generar equidad en cuanto a la calidad. Los objetivos no son solamente la racionalización de los recursos, sino mejorar la accesibilidad con equidad para todos los usuarios del sistema.**

En cuanto al Patronato del Psicópata, me gustaría que el doctor Porciúncula hiciera uso de la palabra. Quisiera remarcar un aspecto en cuanto a las muertes dudosas. Para nosotros, estas muertes que se denunciaron en estos días no son dudosas. Están certificadas como muertes naturales. ASSE y las colonias realizaron una investigación; se hicieron investigaciones administrativas. Como saben, siempre hay un protocolo frente a una muerte centinela, como se llama en la salud. Llamamos muerte centinela -sacando esto del ámbito de la salud mental- a cualquier muerte cuya causa se desconozca o a una muerte inesperada. En ese caso, siempre se da parte a la justicia para que determine cómo se continúa. De todos modos, en cuanto a las muertes que fueron denunciadas ante la prensa -no ante la justicia-, si bien se iniciaron las investigaciones por su repercusión, hubo certificados de defunción que coincidieron con los datos de la historia clínica; eso es importante.

**SEÑOR PORCIÚNCULA (Horacio).- En cuanto a la rehabilitación, se hace un trabajo conjunto con el Patronato del Psicópata; cabe aclarar que ASSE es el financiador del 90% de lo que se hace allí desde el punto de vista técnico y funcional. Existen equipos de rehabilitación en todo el país, varios en Montevideo. Además, a través del tiempo fue variando el tema de la rehabilitación porque, como tal, no se trata más de un entretenimiento. Ahora, se busca la recuperación de las habilidades para la vida cotidiana: manejar el dinero, proveerse de la alimentación, poder salir solo de manera de liberar las manos a los familiares que los cuidan, etcétera.**

Por otro lado, la rehabilitación estaba muy enfocada a los pacientes psicóticos. Actualmente, intentamos incluir -algo que vamos haciendo de manera paulatina- a otros grupos con altísimo nivel de vulnerabilidad y con mejor pronóstico a futuro: los niños. En ese caso, apuntamos a rehabilitar los niños con dificultades de aprendizaje que son excluidos del proceso educacional y que terminan siendo generadores de violencia o que consumen sustancias.

En tal sentido, con mucha satisfacción y alegría les cuento que en este último período desarrollamos cinco equipos de trabajo para niños con dificultades de aprendizaje que no son solo psicológicas porque, muchas veces, están acompañadas de alteraciones oculares o auditivas. Se trata de equipos con psicomotricistas, fonoaudiólogas, maestras especializadas, psicólogas y asistentes sociales. Para nuestra alegría y sorpresa, cuando son evaluados no solo por nosotros sino por personal externo -esto se hace con primaria y con el Mides-, se desprende que los niños que usualmente terminaban repitiendo el año -casi el 50%- ahora logran pasar de curso -el 78%- y que casi el 100% no abandona la escuela a pesar de haber repetido.

Ahora, estamos trabajando en algo que denominamos DIME -dificultades de inserción en el medio educativo- porque vemos que ya no alcanza con trabajar a nivel de los primeros años de la escuela sino que debemos pensar en la rehabilitación de las personas que están terminando la escuela o empezando el liceo; allí hay un fuerte choque social que determinan los abandonos. De todos modos, no en todo el país tenemos recursos humanos para cubrir estos equipos. Sabemos que no es fácil encontrar psicomotricistas y fonoaudiólogos en el Uruguay, pero tuvimos la fortuna de generar un nuevo equipo en una zona de alto nivel de sensibilidad como la región oeste de Montevideo. Ese era un petitorio de los pediatras básicamente. Tenemos todos los elementos para inaugurarlo prontamente y esperemos contar con ustedes para esa oportunidad.

Frente a las muertes y los protocolos, nosotros formamos parte de la comisión de seguridad del paciente y tenemos dos vías de abordaje. Una de ellas es la administrativa, para deslindar responsabilidades y obligaciones; se hace no solo desde la institución sino desde el nivel central para evitar contaminaciones.

Por otra parte, tenemos el aprendizaje que obtenemos frente a las situaciones lamentables de muertes o inesperadas. En ese caso, la comisión de seguridad del paciente realiza un análisis y una intervención más global y educativa porque no es punitiva; se aplican metodologías altamente probadas y con buen nivel de efectividad.

En el caso de las muertes de las colonias -que tuvieron repercusión pública-, aplicamos ambas metodologías para deslindar responsabilidades. Con este tipo de pacientes y con el alto nivel de vulnerabilidad en que se encuentran, muchas veces pensamos en situaciones de abuso. En algunos casos ya terminamos los estudios. La idea es averiguar qué hicimos mal y qué podemos corregir para dar tranquilidad a la población.

**SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, quiero agradecer a la señora presidenta y al directorio de ASSE por haber concurrido a la comisión. En segundo término, deseo felicitar al directorio por el conocimiento que tiene sobre cada uno de los temas planteados por los señores legisladores. No hubo una pregunta o un tema que no fuera contestado con solvencia y con transparencia. Cuando las cosas no salen bien, es bueno corregirlas. Es importante escuchar todas las opiniones.**

En tercer lugar, nuestra responsabilidad como Comisión de Salud Pública y Asistencia Social -de acuerdo con el pedido del señor Ministro de Salud Pública- es empezar a trabajar en un proyecto de ley relativo a la salud mental. Creo que haber estado del otro lado del mostrador durante el período pasado nos va a facilitar la articulación entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo a los efectos de que podamos trabajar con una misma línea de pensamiento para tener, antes de fin de año -sabemos que los plazos del Poder Legislativo son complicados-, un proyecto bien encauzado. Como bien decía el doctor Porciúncula, creo que esta es una gran oportunidad -después de los problemas en las colonias y en el Vilardebó- para dar un salto cuali cuantitativo en lo que tiene que ver con la salud mental.

Por otra parte, creo que el Sistema Nacional Integrado de Salud vino para quedarse. En este quinquenio vamos a tener un proceso de profundización de la reforma de la salud. Como bien expresó el señor ministro, debemos profundizar en la complementación de los servicios. No existe un Sistema Nacional Integrado de Salud sin complementación; no podemos seguir duplicando recursos económicos ni humanos. Y me parece que tanto las autoridades de ASSE, como el sector mutual, tienen bien incorporado que el tema de las complementaciones no se hace por decreto ni por ley, sino a través de un vínculo. En este sentido, debemos trabajar para dar un marco legal a la complementación de servicios. Si hoy uno de los efectores de la salud no quiere sentarse a conversar con otro, no está obligado a hacerlo. Entonces, considero que es responsabilidad de esta Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, empezar a trabajar en un marco legal para mejorar y profundizar las complementaciones.

Otro aspecto importante es el de la calidad: el Ministro ha hablado a ese respecto y la Presidenta de ASSE lo mencionó en su exposición. Pienso que tenemos un gran desafío y un salto cuantitativo en lo que tiene que ver con la calidad de los servicios. Y la pata que creo que es la más difícil, y este es el desafío más grande que deben tener las autoridades de la salud, es el tema de los recursos humanos.

Este asunto nos preocupa desde hace tiempo: lo vivimos en carne propia en el quinquenio pasado y hay que seguir insistiendo en esto. Como bien decía la Presidenta de ASSE, tenemos un gran desafío por delante en la distribución de los recursos humanos entre interior y Montevideo. Siempre pongo el ejemplo de que si uno

traza una línea en el Río Negro, verá que las diferencias en recursos humanos entre norte y sur en materia de salud son importantísimas. Me parece que ese es el gran desafío. Como bien decía la Presidenta, hasta que no cambiemos la ecuación para lograr cuatro nurses por médico -acá sucede exactamente a la inversa: cuatro médicos por nurse-, es muy difícil seguir adelante. Entonces, el gran desafío es en estas tres líneas: complementación, calidad y recursos humanos.

Por último, como se abordó el tema de salud mental y creo que se trabajó con mucha altura en la tarde de hoy, reflexionando un poco en voz alta, digo que hemos conversado con la gente que sabe del tema y nos han manifestado la inconveniencia de que todos los días, por distintas circunstancias, la gente vaya a visitar a los pacientes internados en la Colonia Etchepare y en el Vilardebó.

Obviamente que cada uno puede ir, pero me parece que nosotros, como legisladores, tenemos la responsabilidad de coordinar un poco las acciones. Tal como nos informaron desde la Comisión de Derechos Humanos, seguramente vaya a visitar las colonias, y los legisladores de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social también querrán ir. Entonces, si los diputados no lo toman a mal, me parece que sería conveniente coordinar con la Comisión de Derechos Humanos y hacer una sola visita. El doctor Porciúncula nos trasmitía que después de cada una de las visitas que se han hecho -cuando va la prensa, etcétera-, se ha notado que se genera un estado de conmoción que dura hasta una semana. Entonces, si ustedes me lo permiten, creo que sería conveniente coordinar y hacer una sola visita, obviamente, con la autorización correspondiente que solicitaremos al directorio de ASSE, a los efectos de evitar estos trastornos que se les ocasiona a los pacientes.

Hemos recibido a nuestros invitados con mucho gusto: vamos a seguir en la misma línea, manteniendo esta Casa abierta para todas las cuestiones que podamos articular.

Se levanta la reunión.